



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Terapia Ocupacional**

RAFAELA DA SILVA CASTRO

**A EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL NO
PROCESSO DE MORTE E MORRER DE PACIENTES EM CONTEXTO
HOSPITALAR**

**Brasília
2014**

RAFAELA DA SILVA CASTRO

A EXPERIÊNCIA DE ALUNOS NO PROCESSO DE MORTE E MORRER DE PACIENTES EM CONTEXTO HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como exigência para obtenção do grau de
Bacharelado em Terapia Ocupacional pela
Universidade de Brasília.

Orientador: M.^a Leticia M. V. Fangel

Co-orientador: Pedro Almeida

**Brasília
2014**

RAFAELA DA SILVA CASTRO

**A EXPERIÊNCIA DE ALUNOS NO PROCESSO DE MORTE E
MORRER DE PACIENTES EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como exigência para obtenção do grau de
Bacharelado em Terapia Ocupacional pela
Universidade de Brasília

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINANDORA

Prof. M.^a Leticia M.V.Fangel

Prof. Dr.^a Carolina Becker Bueno de Abreu

Dedico este trabalho aos pacientes I.J.S.S (1955– 2013) e J.G.S (1978 – 2014) pelos ensinamentos e experiência jamais esquecida.

AGRADECIMENTO

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada e me deu força e coragem;

À minha família, pelo amor, incentivo e apoio durante essa jornada;

À minha orientadora, Prof. M.^a Letícia M. V. Fangel, pela oportunidade de realizar este trabalho sob sua orientação. Agradeço também seu empenho e dedicação neste trabalho e pela confiança depositada;

A todos os professores do curso, que me acompanharam durante a graduação e foram tão importantes na minha vida acadêmica;

Ao Antônio que de forma especial e carinhosa me incentivou e me apoiou nos momentos de dificuldades;

Aqueles que me emanaram força e confiança a cada dia, possibilitando a concretização deste trabalho;

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

Meus filhos julgam, às vezes, que perderam um ente querido pela morte. Mas essa visão é errada. Solte o seu parente que você julga morto. Aprenda a libertar a sua alma e deixar que ele voe nas alturas de sua própria vida. Muitos dos filhos acham que reter significa possuir. Engano. Na vida, o que possuímos de verdade é aquilo que doamos. Se você desejar reter as almas queridas, através de suas emoções e sentimentos [...], você se transforma aos poucos em pedra de tropeço para aqueles que dizem amar. Amor não é posse. Amar é doar, é libertar, é permitir que o outro tenha a oportunidade de escolher e trilhar o caminho que lhe é próprio. Amar é permanecer amando, mesmo sabendo que os caminhos escolhidos são diferentes do nosso. Então, meu filho, você não perdeu ninguém, não perdeu nada. Perdeu, talvez, a oportunidade de aproveitar a experiência e aprender a amar de verdade. Esse sentimento de perda é o maior atestado de uma alma egoísta. Ame mais, meu filho. Liberte, liberte-se e procure ser feliz. [...]. Deixe os outros prosseguirem e, assim, encontrarem também o seu caminho. Ainda que seja do outro lado da vida.

(ARUANDA, Pai João. **Sabedoria de Preto Velho**. Psicografado por Robson Pinheiro. [S.l.] Casa dos Espíritos, 2010.)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo verificar o preparo dos alunos de Terapia Ocupacional ao vivenciar, em suas práticas, o processo de morte e morrer dos pacientes sob seus cuidados. Trata-se de um estudo exploratório, transversal e qualitativo, realizado em sala de aula na Universidade de Brasília–DF. Utilizou-se um questionário aberto, como instrumento de coleta de dados, que segue abordagem de auto-relato. Os questionários de 52 alunos foram submetidos à análise de conteúdo. Questionados quanto ao processo de morte e morrer, a maioria (47) considerou esse processo durante sua abordagem terapêutica; apenas 9 já passaram pela experiência do processo de morte de seus pacientes; 15 alunos se sentem preparados e 29 não se sentem preparados para abordagem terapêutica junto ao paciente e sua família em processo de morte. Conclui-se que os alunos de Terapia Ocupacional não estão preparados para lidar com o processo de morte e morrer. Diante da abordagem terapêutica no processo de morte e morrer, os alunos não se sentem preparados para esta prática e encaram esse processo como momento difícil e vê o processo como doloroso e delicado. Aos que vivenciaram a morte propriamente dita de um paciente, estão muito presentes vários sentimentos angustiantes relacionados a essa experiência.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Processo de morte e morrer. Preparo dos alunos.

ABSTRACT

This study aims to determine the training of students of occupational therapy to experience in their practices, the process of death and dying patients in their care. This is an exploratory, cross-sectional qualitative study in classroom at the University of Brasilia- DF. We used an open questionnaire, such as data collection instrument, the following self-report approach. The 52 students questionnaires were subjected to content analysis. Asked about the process of death and dying, the majority (47) considered this process during its therapeutic approach; only 9 have been through the process of death experience of their patients; 15 students feel prepared and 29 do not feel prepared for therapeutic approach with the patient and his family in the death process. It was concluded that students of occupational therapy are not prepared to deal with the process of death and dying. Given the therapeutic approach in the death and dying process, students feel unprepared for this practice and regard this process as difficult moment and see the process as painful and delicate. Of those who experienced the death itself of a patient, are very present several distressing feelings related to that experience.

Keywords: Occupational Therapy. Process of death and dying. Preparation of students.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Área de afinidade da amostra	33
Tabela 2 - Frequência de como os alunos classificam o processo de morte	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantitativo da amostra por semestre cursado	32
--	----

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	13
2.1 O Processo de Morte e Morrer	13
2.2 Diferentes Representações da Morte	13
2.3 Cuidados Paliativos – Uma visão diferente do processo de Morte e Morrer	18
2.4 O Processo de Morte e Morrer e os cuidados da Terapia Ocupacional	20
3 JUSTIFICATIVA	24
4 HIPÓTESE	25
5 OBJETIVOS	26
5.1 Gerais	26
5.2 Específicos	26
6 METODOLOGIA	27
6.1 Tipo de Estudo	27
6.2 Participantes	27
6.3 Local do Estudo	28
6.4 Instrumento de Pesquisa	28
7 PROCEDIMENTOS	30
7.1 Coleta de Dados	30
7.2 Aspectos Éticos	30
7.3 Análise dos Dados	30
8 RESULTADOS	32
9 DISCUSSÃO	37
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	45

1 APRESENTAÇÃO

A morte se concretiza como um evento universal, representado por uma dimensão além da biológica, repercutindo nos aspectos sociais, médicos, psicológicos, filosóficos, antropológicos, espirituais, estético e educacionais. As questões referentes à morte propriamente dita e ao processo de morrer tem sido atualmente uma grande problemática, chegando a ser caracterizada como um tabu.

Entende-se o processo de morte como a ação propriamente dita, o fim da vida, e o processo de morrer como o processo que antecede a morte propriamente dita, onde se observa o declínio do quadro clínico do paciente e onde esse, eventualmente, já pode vir a falecer. Ambos caracterizam-se como um fenômeno complexo, sendo foco de abordagens multidisciplinares.

Por mais que a morte seja uma das poucas certezas que se tem, que uma hora ela chega para todos, que ainda ninguém possa negar a morte, falar dela ou pensar nela, na sociedade ocidental, se torna extremamente inconveniente, passando a ser ignorada. Principalmente em sociedades que visa cada vez mais a longevidade.

Os processos associados desencadeados pela morte e pelo morrer, tais como a hospitalização, a ruptura do sujeito, o sofrimento, a dor, o medo do desconhecido, o luto antecipatório e outros processos ainda mais subjetivos, passam a ser ignorados também, o que acentua essa problemática acerca do tema morte.

Essa complexidade do querer e do saber lidar com a morte gera profundas complicações que influenciam na dinâmica de diversos fatores – família, sociedade e profissionais de saúde – se comparada a uma morte bem entendida, preparada e enfrentada, como propõe a visão dos Cuidados Paliativos, em contraposição aos parâmetros culturais Ocidentais.

Diante disso, em um primeiro momento, este trabalho procura contemplar, de maneira geral, o panorama da morte e como esse conceito se dá na sociedade atual ocidental, principalmente sob o enfoque do Modelo de Elizabeth Kübler-Ross e, contrapondo esse olhar, apresenta-se de maneira geral o olhar dos Cuidados Paliativos. Em um segundo momento, em particular, acrescentar um olhar da Terapia Ocupacional nesse processo de morte em Contextos Hospitalares. Posteriormente, na metodologia, será apresentado o estudo de campo, que buscou analisar a relação dos estudantes de terapia ocupacional na vivência do processo de

morte de seus pacientes e os resultados obtidos com o estudo e a discussão consequente.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O Processo de Morte e Morrer

A morte, sua representação social, o conceito e significado atribuído a ela já passaram por diferentes mudanças ao longo da história (GUIMARÃES; CARNEIRO, 2012). Os diferentes povos, em diferentes contextos históricos, possibilitaram as mais diversas formas de ser compreendida, discutida, analisada e até mesmo a forma de ser vivenciada. (ZORZO, 2004).

O ser humano é um ser simbólico, sendo essa uma de suas principais características que consiste nos valores e nos significados que emprega às “coisas” ao seu redor. Tendo em vista esse entendimento, é possível compreender então que, necessariamente, a morte varia entre diferentes culturas e no decorrer da história. (COMBINATO; QUEIROZ, 2006)

Ao retroceder no tempo, e estudar as culturas e povos antigos, a impressão que se tem é que o homem sempre abominou a morte e, muito provavelmente, sempre a negará. Ao nível inconsciente da mente humana, a morte, em se tratando de nós mesmos, nunca é possível, recebendo significado maligno, ou seja, a morte de nós mesmos só é possível se for por uma tragédia, algo fora de nosso planejamento ou expectativa, no inconsciente só é possível ser morto. É inconcebível morrer de causas naturais ou por idade avançada, por exemplo. Percebe-se que dessa forma, a morte em si está ligada a uma ação má, um acontecimento assustador, que ou representa uma recompensa ou um castigo. (KUBLER-ROSS, 2008).

2.2 Diferentes Representações da Morte

Diversos autores relataram as várias representações acerca do tema em diferentes momentos da história no Ocidente. No início da Idade Média, denominada morte domada, a morte era esperada e domada pelas pessoas, (AIRÈS, 2003 apud GUIMARÃES; CARNEIRO, 2012), encarada com pouca dramaticidade, estava inserida no cotidiano familiar, ocorria próximo dos amigos e familiares, um processo

individualizado, uma morte calma e vivida em público (INCONTRI; SANTOS, 2007; KUBLER-ROSS, 2008). Os mortos não apresentavam oposição à vida, nem eram vistos como inoportunos (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Logo mais, na Segunda fase da Idade Média, a morte se torna um acontecimento concreto e solidificado pelo pensamento do juízo final (AIRÈS, 2003 apud GUIMARÃES; CARNEIRO, 2012). Quando acontecia de forma súbita, inesperada, era vista como desonrosa, concebida como um castigo de Deus (INCONTRI; SANTOS, 2007).

No Renascimento, surge a morte selvagem, uma morte distante que não é lidada nem enfrentada (AIRÈS, 2003 apud GUIMARÃES; CARNEIRO, 2012). Na Idade Moderna, com o declínio da visão religiosa e ascensão do modelo científico, entre o final do século XVIII e início do século XIX, ocorre a medicalização da morte, tornando-se cada vez mais impessoal, distante e destituída de sentido (INCONTRI; SANTOS, 2007). No século XX, o local de morte foi transferido para os hospitais (AIRÈS, 2003 apud OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010). A presença do moribundo na sociedade gerava incômodo, era associado à contaminação e doenças (KUBLER-ROSS, 2008).

Em muitas outras culturas, diferentemente da cultura ocidental, existem rituais para cuidar da pessoa que morre. Os hebreus consideravam o corpo do morto como uma coisa impura, que não podia ser tocada. Os antigos índios americanos falavam dos espíritos do mal e atiravam flechas ao ar para afugentá-los. A própria tradição do túmulo pode advir do desejo de sepultar bem fundo os maus espíritos, e as pedras que muitos enlutados jogam como homenagem traduzem símbolos do mesmo desejo. A salva de tiros em um funeral militar, apesar de chamada de última despedida, corresponde ao mesmo símbolo ritual dos índios, ao atirarem aos céus suas lanças e flechas. (KUBLER-ROSS, 2008).

A transformação do significado do corpo foi um fator importante para a transição da compreensão sobre morte. O que pode explicar a boa relação que se tinha com o processo de morte e a pessoa morta do mundo medieval, Idade Média. Nessa época, a relação que se estabelecia com o corpo era de forma aberta, extrovertida e indisciplinada; causava riso, intimidade e familiaridade, muito diferente da relação que se estabeleceu, mais tarde, com a visão atribuída pela burguesia que atribuiu ao corpo um significado de instrumento de trabalho e produção. Essa evolução da

compreensão e sua transformação ao longo do tempo favoreceu o temor e a repugnância que a morte causa nos tempos atuais. (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Essa compreensão ao longo da história serve para ratificar que, basicamente, o homem não mudou e a morte não voltou a ser compreendida. A morte continua sendo um acontecimento medonho, pavoroso, constitui um medo universal, mesmo sabendo que pode ser lidada em diferentes níveis e formas. Pode-se dizer que o que mudou foi o modo de conviver com a morte e com os pacientes moribundos (KUBLER-ROSS, 2008).

A morte na sociedade atual ocidental é encarada como um tabu, onde as discussões e debates acerca do tema são considerados mórbidos. As crianças são exemplo disso, pois não podem estar presentes nesses contextos de morte sob o pretexto que é “muita informação”, “é demais para elas” e acabam sendo afastadas, indo para a casa de algum parente, acreditando muitas vezes em mentiras irreais, ouvindo histórias mirabolantes e uma quantidade de eufemismos. Vivenciar a experiência dessa maneira, mais cedo ou mais tarde, a criança poderá sentir um pesar irreparável, tornando-se uma experiência traumática, que poderá repercutir na sua personalidade anos mais tarde (KUBLER-ROSS, 2008).

O luto e a responsabilização compartilhados, a participação em conversas, discussões e temores, em lugar onde ocorreu uma desgraça, faz com que adultos e crianças não se sintam sozinhas na dor, possibilitando-lhes um certo conforto. Constitui um preparo gradual, um incentivo para lidar com a morte e encarar como um acontecimento que faz parte da vida, sendo uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer (KUBLER-ROSS, 2008). A morte e o processo de morrer, ao ser negado, segundo Maranhão (1996, p.19), promove a “coisificação do homem”.

Elizabeth Kübler-Ross, em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* (2008, p. 11) afirma que “quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte”:

Recorremos aos eufemismos; fazemos com que o morto pareça adormecido; mandamos que as crianças saiam, para protegê-las da ansiedade e do tumulto reinantes na casa, isto quando o paciente tem a felicidade de morrer em seu lar; impedimos que as crianças visitem seus pais que se encontram à beira da morte nos hospitais; sustentamos

discussões longas e controvertidas sobre dizer ou não a verdade ao paciente; dúvida que raramente surge quando é atendido pelo médico da família que o acompanhou desde o parto até a morte e que está a par das fraquezas e forças de cada membro da família (KUBLER-ROSS, 2008 p.11).

Há muitas razões para o crescente medo da morte, para não querer enfrentar a morte, fugir e não lidar com ela. Uma das mais relevantes é o fato de que, hoje em dia, morrer se tornou um acontecimento triste demais. Diante de vários aspectos, pode-se destacar que é muito solitário, o ato tornou-se mecânico, impessoal e desumano, o que pode ser explicado por, primeiramente, não existir mais o descanso e a espera da morte em paz, o paciente enfermo é retirado de seu lar e sua família, e depois exposto a inúmeros procedimentos invasivos até esses procedimentos se tornarem insuportáveis. (KUBLER-ROSS, 2008)

Pode-se considerar ainda a mudança do enfoque, perdendo o valor centrado no indivíduo e concentrando nos números e nas massas. (KUBLER-ROSS, 2008)

Antigamente, o homem era capaz de enfrentar seu inimigo cara a cara. Era-lhe propiciado um encontro pessoal com um inimigo visível. Agora, soldados e cidadãos se previnem com armas de destruição em massa que não oferecem a ninguém a possibilidade, sequer a consciência, de uma aproximação. [...] Não mais é o homem em luta pela salvaguarda e honra de sua família, é o país inteiro que está em guerra (KUBLER-ROSS, 2008, p.16).

Nesse sentido, o avanço da ciência contribuiu para a mudança de valores o que possibilita, por consequência, o crescente medo da morte. Com o avanço rápido da ciência o homem se torna capaz de desenvolver novas armas de destruição, o que aumenta e reforça o temor da morte associado a tragédias, violências e catástrofes. (KUBLER-ROSS, 2008)

As guerras, os tumultos, o aumento do índice de criminalidade podem ser sintomas da decrescente incapacidade de enfrentar a morte com resignação e dignidade. Talvez devamos voltar ao ser humano individual e começar do ponto de partida para tentar compreender nossa própria morte, aprendendo a encarar menos irracionalmente e com menos temor este acontecimento trágico, mas inevitável (KUBLER-ROSS, 2008, p.18).

As mudanças que ocorreram no papel da religião, e na função exercida pela igreja, também contribui para esse medo crescente da morte. Antes, o número de pessoas que acreditavam incondicionalmente em Deus, em uma vida futura na qual as pessoas seriam aliviadas de dores e sofrimentos e que haveria uma recompensa nos Céus era muito maior. Há muito tempo, perdeu-se a crença de que no céu seriam recompensadas as penas sofridas na Terra. Se ao refletir sobre a morte as pessoas não creem mais que no Céu serão recompensadas, o sofrimento perdeu sua finalidade, a sua razão de ser, tornando a morte não mais como compensadora. (KUBLER-ROSS, 2008).

Considerando que a igreja tem como função transmitir esperanças, dar um sentido às tragédias terrenas e dar sentido aos acontecimentos dolorosos, pode-se dizer que a igreja então perdeu sua função, por menos fiéis acreditarem nessas palavras. Essa rejeição dos papéis religiosos tem contribuição no aumento da ansiedade e acentuado senso de destruição e agressão, sendo uma forma de fugir da morte e de um confronto com a sua própria morte. (KUBLER-ROSS, 2008).

Diante dessa alteração dos papéis da religiosidade e espiritualidade, pode-se ainda destacar a modificação dos rituais e dos sacramentos realizados pelas igrejas. Quanto aos rituais realizados antes da morte, as pessoas buscavam confissões, comunhão e extrema-unção; e depois da morte através do cortejo fúnebre, ritos de purificação e passagem conduzidos pelo sacerdote (COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Pode-se notar uma transição quanto a realização dos rituais antes realizados. A extrema unção, os velórios nas casas de família, procissão fúnebre e as manifestações de luto foram substituídos pelos serviços de empresas funerárias, pelos rápidos e discretos eventos fúnebres e pelo autocontrole exercido pelo indivíduo necessário para lidar com o luto. (AIRES apud COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Apesar de terem ocorrido mudanças no processo de morte e morrer como já retratado, o mesmo não se aplica aos pacientes - suas necessidades ao longo do tempo basicamente ainda são as mesmas, porém, as aptidões dos profissionais de saúde e os processos necessários para lidar com isso mudaram (KUBLER-ROSS, 2008).

2.3 Cuidados Paliativos – Uma visão diferente do processo de morte e morrer

Na segunda metade do século XX, como forma de reação contra a visão presente no início do século – a incessante busca da cura e diminuição da terapia contra os sintomas – surge o notável movimento hospice (GUIMARÃES, 2012).

Segundo Guimarães (2012, p. 14), “os hospices se especializariam nos cuidados ministrados aos doentes acometidos de enfermidades severas e evolutivas (principalmente o câncer) e àqueles cujo tratamento curativo não era mais possível”. Assim, surgiram os Hospices Care que buscavam oferecer a mais alta e completa qualidade de cuidados, tanto médico quanto espiritual, além de prestar assistência à família do enfermo, durante e após a morte, e no período de luto. Esses hospices modernos possuem uma abordagem mais completa e diferente dos hospices medievais que abrigavam grupos variados de pessoas, como peregrinos e viajantes (GUIMARÃES, 2012).

Com a evolução dos hospices, desde de seu modelo medieval até sua forma mais moderna, surge um dos mais conhecidos hospices, Saint Joseph Hospice, no fim dos anos 1950, e com ele ficou muito famosa uma jovem médica, Cicely Saunders, que com suas pesquisas serviram de inspiração para a fundação do movimento hospice que se baseia em valorizar a dor física, emocional, social, espiritual e estabelece o cuidado da pessoa como um todo. Posteriormente, fundou outro hospice em Londres, Saint Christopher Hospice, que se tornou referência no cuidado de pacientes sem possibilidade de tratamento curativo (GUIMARÃES, 2012).

Desde a fundação do primeiro hospice, o novo modelo de assistência ao morrer vem crescendo e se difundindo. Desta filosofia baseada no conforto que visa a assistência integral ao ser humano como um todo, surge o que hoje é chamado de cuidados paliativos (CP). A medicina Paliativista é uma especialidade médica, como forma de cuidado total com o paciente que não responde ao tratamento curativo (GUIMARÃES, 2012).

Em seu primórdio, os cuidados paliativos eram aplicados exclusivamente no momento em que a morte era iminente, porém, atualmente, os cuidados paliativos vem sendo oferecidos no estágio inicial do curso da doença progressiva, avançada e incurável, antes mesmo do momento da morte iminente, ou seja, no processo de

morrer (BESSE, 2009).

Os cuidados paliativos devem ser iniciados precocemente, juntamente com as medidas que visam o prolongamento da vida, a fim de antecipar os sintomas e preveni-los. O cuidado integral, em cuidados paliativos, quando iniciado com antecedência, permite que essa linha de cuidado perpassasse o tratamento como um todo, desde o diagnóstico, no enfrentamento da doença, até a morte e o período de luto pré e após a morte (MACIEL, 2008).

Os Cuidados Paliativos não se baseiam em protocolos, mas em uma filosofia e em princípios, sendo assim o CP (MATSUMOTO, 2009; MACIEL, 2008):

- Promove o alívio da dor e de outros sintomas estressantes.
- Reafirma a vida e vê a morte como um processo natural: não significa banalizar a morte e nem deixar de preservar a vida.
- Não pretende antecipar e nem postergar a morte.
- Integra aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado: conduzido por uma equipe multiprofissional, de forma integrada.
- Oferece um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte.
- Oferece suporte e auxílio à família a sentir-se amparada durante todo o processo da doença. Família deve ser informada e deve ter um canal de comunicação com a equipe.
- Oferece abordagem multiprofissional focando as necessidades dos pacientes e seus familiares e acompanhamento no luto.
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença

Segundo Guimarães (2012), “a mensagem dos cuidados paliativos é: qualquer que seja a doença, não importa quão avançada esteja ou quais tratamentos já tenham sido recebidos, há sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida que resta para o paciente”.

O especialista em Medicina Paliativista que acompanha os últimos momentos de vida do paciente, observa que a morte pode ser conduzida de forma mais ou uma forma menos negativa. Alguns especialistas qualificam como “boa morte” ou “má morte”, sendo, a primeira, conduzida de forma mais positiva, envolvendo mais

dignidade, menor sofrimento possível, mais tranquilidade e maior aceitação. A segunda se opõe a esses conceitos, associando-se à impossibilidade de controle dos sintomas mais estressantes ao paciente e o difícil resgate das situações de sofrimento, tanto espiritual quanto psicológico. Dessa forma, surge o conceito de “boa morte” bastante defendido por essa filosofia e os profissionais que a seguem (GUIMARÃES, 2012).

Dessa maneira, quando o intuito é o cuidado do paciente como um todo, observando os aspectos físicos, emocionais, sociais, psicológicos e espirituais é necessário o envolvimento de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de controle da dor e outros sintomas, conforto, para que o paciente e a família enfrentem da melhor maneira possível a doença, o tratamento e o processo de morte, de forma que muitas vezes o ouvir, a compreensão e a presença do profissional já faz diferença no tratamento do indivíduo (BASSANEZI; CARVALHO, 2007).

O cuidado, para os profissionais de saúde que compõem a equipe, significa que o paciente terá acompanhamento até os dias finais de vida, ou seja durante o processo de morrer até a morte propriamente dita, proporcionando-lhe maior sensação de conforto e amparo. Também, procura-se manter o paciente seguro com a equipe, pois o medo do abandono e a insegurança, gerados pela hospitalização, e finitude da vida, podem ser maiores do que o próprio medo da morte (GUIMARÃES, 2012).

2.4 O Processo de Morte e Morrer e os cuidados da Terapia Ocupacional

Para entender o trabalho realizado dentro do contexto hospitalar e propor programas de assistência e intervenção, a princípio, deve-se levar em consideração: a constituição do espaço hospitalar e a relação que é estabelecida entre a pessoa hospitalizada e a equipe que o assiste (DE CARLO et al, 2006).

O Hospital Geral, segundo Torrance:

É um tipo de serviço/instituição onde pode ser encontrada uma grande quantidade e diversidade de problemas clínicos e que provê, fundamentalmente, serviço diagnóstico e tratamento médico e cirúrgico aos

pacientes com problemas agudos e àqueles que apresentam doença crônica em fase de exacerbação. Nesse ambiente são atendidos pacientes de toda as idades e muitas vezes, ele acaba sendo a porta de entrada do sistema de saúde, seja porque a população necessita de pronto atendimento em situações de urgência ou emergência, seja porque as unidades básicas e os demais serviços ligados ao SUS não tem recursos humanos suficientes ou não estão bem preparados e equipados o bastante para oferecer atendimento adequado à população, de acordo com suas necessidades (TORRANCE, 1989, p.772).

Os pacientes internados, durante o processo de hospitalização, apresentam rotinas alteradas, afastamento do convívio familiar e das atividades desempenhadas, tais como trabalho, estudo e lazer; e apresentam constantes preocupações relacionadas à vida e morte. Ao mesmo tempo, estão submetidos a angustiantes experiências vivenciadas durante a internação (DE CARLO; LUZO, 2004).

Os procedimentos-padrão, realizados dentro do hospital, tem sua importância no cuidado do paciente, mas não se deve deixar acontecer em um nível que o paciente perca seu repouso, paz e dignidade. O que mais se observa, é que a maior parte dos profissionais que se encontra em um hospital está preocupada com as funções fisiológicas, por exemplo, com seus batimentos cardíacos, com seu pulso, com o funcionamento de seus pulmões, com as secreções e excreções, e com os exames realizados, mas deixam a desejar quando esquecem de que, diante deles, há um ser humano, com vontades e desejos reais, o que exige nova postura no atendimento, informando primeiramente ao paciente os procedimentos a serem realizados e a natural necessidade de ouvi-lo (KUBLER-ROSS, 2008). A própria doença e a internação, somadas a essa “indiferença” médica dentro de um espaço desconhecido, cercado por uma equipe que utiliza somente linguagem técnica e formal, gera medo, ansiedade, estresse e desconforto no paciente (ORIÁ; MORAES; VICTOR; 2004).

Nesta condição de internação, o atendimento coíbe o paciente de sentir e expressar suas emoções, ficando fadado a um sofrimento solitário e discreto. Isso se dá porque os profissionais, que estão constantemente em contato com a morte, não estão preparados para lidar com o indivíduo em sua plenitude, negligenciando-o enquanto ser humano dotado de emoções e valores. Acaba que o profissional de saúde é tecnicamente instrumentalizado para atuar contra o fenômeno da doença

para promover a cura e para combater a morte e não na promoção do sujeito, entendendo-o como uma pessoa doente ou como pessoa que está morrendo (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A ruptura do cotidiano, a perda da rotina e os papéis sociais que o identificam como sujeito intensifica esse sofrimento, podendo levar a um sofrimento psíquico, bastante recorrente durante esse processo (DE CARLO; LUZO, 2004).

A autora anteriormente citada afirma que esses fatores, de forma geral, são pouco valorizados, normalmente, espera-se que o próprio indivíduo se organize e consiga superar sozinho esses conflitos gerados por tal situação.

O paciente gravemente enfermo em contexto hospitalar, em geral, pouco se expressa, pois é tratado como alguém sem direito de opinar. Em vários casos há uma outra pessoa que decide as questões pertinentes ao paciente, sobre se, quando e onde deverá ser hospitalizado e qualquer decisão necessária durante esse período. Diante desse cenário, é importante lembrar que o doente tem sentimentos, desejos, opiniões e o direito de ser ouvido (KUBLER-ROSS, 2008).

A atuação do Terapeuta Ocupacional norteia-se pelo princípio da necessidade de manutenção não só da capacidade funcional, mas além desta, também, e principalmente, de um nível mais elevado de qualidade de vida (DE CARLO; LUZO, 2004).

A qualidade de vida é definida pelo próprio paciente, a equipe necessita seguir de acordo com essa direção, permitindo a expressão de medos e sofrimentos de diversas ordens. Por causa da instabilidade dos quadros dos pacientes a equipe precisa estar integrada, ter boa comunicação, mesmo que pela forma de prontuários, precisa manter uma postura acolhedora, transmitir confiança e não levar desentendimentos aos pacientes (BASSANEZI; CARVALHO, 2007).

Torna-se objetivo primordial do Terapeuta Ocupacional a qualidade de vida do sujeito hospitalizado, considerando sua globalidade e integralidade, atuando em torno da dimensão das condições e necessidades com o ambiente e da relação com a família e equipe, buscando investir na ambientação, na humanização e no cotidiano desse sujeito internado no hospital, bem como de sua família e da equipe (PALM, 1997 apud DE CARLO; LUZO, 2004).

Diante de tais complicações decorrentes do processo de hospitalização, o Terapeuta Ocupacional pode intervir durante esse processo, de modo a minimizar as

condições adversas, tanto para o paciente quanto familiares, utilizando diferentes recursos e técnicas terapêutico-ocupacionais (DE CARLO; LUZO, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

A morte constitui um dos processos mais temidos pela sociedade. Na cultura ocidental atual chega a ser vista como um tabu e, por decorrência de inúmeras transformações sociais, ela tem sido cada vez mais temida. Além disso, a negação da morte atinge toda a população, inclusive os profissionais de saúde que apesar de estarem constantemente convivendo com o processo de morte e possuírem alto grau de preparo para lidar com a doença e combater a morte, o mesmo não pode ser observado ao lidar com esse paciente enquanto um sujeito singular em seu processo de morte. E ainda levando em consideração que apesar da morte, o processo de morte e de hospitalização estarem constantemente presentes nas áreas de atuação da Terapia Ocupacional, verifica-se uma lacuna na formação dos alunos durante a graduação, sendo expostos a diferentes experiências de hospitalização, morte e processo de morte dos pacientes que estão presentes em seu cotidiano sem o devido preparo, podendo acarretar alguns sofrimentos e traumas. Diante dessa problemática crescente em torno do tema e juntamente ao difícil enfrentamento da morte, a perda da identidade do paciente e a constante preocupação da relação vida e morte, este trabalho se faz extremamente necessário, buscando compreender melhor esse processo e o preparo dos alunos diante desse processo de morte e morrer.

4 HIPÓTESE

Os alunos de Terapia Ocupacional estão preparados para lidar o processo de morte e morrer?

5 OBJETIVOS

5.1 Gerais

- Verificar o preparo dos alunos de Terapia Ocupacional ao vivenciar em suas práticas o processo de morte e morrer dos pacientes sob seus cuidados.

5.2 Específicos

- Analisar como os alunos de Terapia Ocupacional reagem diante a experiência de morte de seus pacientes;
- Avaliar se os alunos se sentem preparados para lidar com esse processo de morte e morrer;
- Descrever as vivências das práticas dos alunos, a partir dos seus relatos, durante o acompanhamento dos pacientes no processo de morte e morrer.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, qualitativo.

O estudo de natureza exploratória é aquele que permite ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema, encontrando elementos necessários que permitam um contato com determinada população, para obter os resultados desejados. Consiste em um estudo que descreve um fenômeno ou situação e é realizado em determinado espaço e tempo (KOCHE, 2009).

O estudo com delineamento transversal é aquele onde a coleta de dados é realizada em um ponto do tempo, os dados são coletados em determinada época bem delimitada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

As pesquisas de metodologia qualitativa são aquelas capazes de incorporar significado e intencionalidades que são inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. (MINAYO, 2004). Para Polit; Beck; Hungler (2004, p. 200) “o delineamento qualitativo é flexível e elástico (...); tende a ser holístico, buscando a compreensão do todo; exige que o pesquisador se envolva intensamente (...)” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 200)

6.2 Participantes

Foram convidados para participar do trabalho todos os alunos do curso de graduação de Terapia Ocupacional, da Universidade de Brasília (UnB), que estivessem cursando disciplinas com conteúdo prático e com atuação na área hospitalar.

Foram considerados todos os alunos que vivenciaram não somente a morte propriamente dita de seus pacientes, mas também os que vivenciaram o processo de morrer, ou seja, momentos anteriores a morte, momentos que acompanharam a mudança do quadro do paciente, que identificaram o sofrimento dos pacientes; e não, necessariamente, estar presente no momento da morte em si, mas por se tratar

de um caso que acompanhou por um determinado período de tempo e que se configurou de forma significativa para o aluno.

As disciplinas que possibilitam que os alunos atuem na área hospitalar são: Terapia Ocupacional na Alta Complexidade – Avaliação, Terapia Ocupacional na Alta Complexidade – Recursos Terapêutico, Terapia Ocupacional na Alta Complexidade – Intervenção e Estágio Supervisionado Curricular em Terapia Ocupacional II. Essas matérias correspondem, respectivamente, ao fluxo do 4º, 5º, 6º e 8º semestre.

Os critérios de inclusão são: ser aluno de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília; estar cursando disciplina com conteúdo prático ou estagiando; atuar na área hospitalar; ser maior de 18 anos de ambos os sexos e apresentar vontade de participar do estudo.

Já os critérios de exclusão são: não ser aluno de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília; não cursar disciplinas que envolvam a prática e atuação na área hospitalar, não ter maior idade e não apresentar vontade de participar do estudo.

6.3 Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada na sala de aula de uso habitual dos participantes.

6.4 Instrumento de Pesquisa

A coleta de dados seguiu a abordagem de auto-relato que “são as respostas dos participantes às perguntas colocadas pelo pesquisador” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 250)

Para compor essa pesquisa o instrumento de coleta de dados foi um questionário.

Como método de coleta de dados, os questionários são mais facilmente administrados, oferecem a possibilidade de anonimato completo e “a ausência de um entrevistador assegura que não existirá parcialidade refletindo a reação do

respondente ao entrevistador mais do que às próprias questões” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 256).

Para a criação do instrumento utilizado, foi realizado um esboço com as áreas de conteúdo e questões de interesse; foi monitorado a formulação de cada questão visando a clareza e entendimento. As questões foram organizadas e enumeradas em uma sequência evolutiva e coerente facilitando e incentivando a lembrança dos fatos e sinceridade nas respostas.

O instrumento de pesquisa contempla perguntas norteadoras referentes aos dados pessoais dos participantes – nome, idade, religião, semestre, disciplina que cursa e área de afinidade referentes – e às experiências vivenciadas por estes. Com este instrumento busca-se ter conhecimento das questões sobre a morte, processo de morte e de hospitalização, dos pacientes atendidos, vivenciados pelos alunos.

7 PROCEDIMENTOS

7.1 Coleta de Dados

Os dados foram coletados apenas pelo pesquisador que possui domínio e manejo das questões respondidas. Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, contatou-se os participantes durante as aulas das disciplinas com atuação na área hospitalar, apresentados aos objetivos do estudo e convidados a participar do mesmo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os alunos que estavam interessados em participar da pesquisa foram convidados, em dia específico, a responder o instrumento de pesquisa.

7.2 Aspectos Éticos

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética.

Todos os aspectos éticos envolvidos na prática desse trabalho foram respeitados, assim como a vontade dos alunos que não desejaram participar do trabalho, e àqueles que quiseram participar foi oferecido todo o apoio, dessa forma, o participante que durante a pesquisa se sentiu fragilizado, emotivo e/ou traumatizado foi encaminhado ao Serviço de Orientação ao Universitário (SOU), da UnB, para acompanhamento psicológico. A identidade se manteve omitida e de forma alguma foi exposta durante o trabalho, assim como o acesso aos questionários foi restrito ao pesquisador.

7.3 Análise dos Dados

Os dados obtidos foram submetidos a Análise de Conteúdo com Categorização, ou seja, por uma pré-análise onde se realizou uma leitura geral de todos os questionários. Posteriormente, cada resposta foi revisada e analisada. Os dados foram sintetizados e as afirmações significativas foram extraídas, separadas e

agrupadas para dar sentido aos dados coletados, depois os instrumentos foram conferidos, assegurando que informações importantes não fossem esquecidas. Uma leitura minuciosa foi realizada até a compreensão total do fenômeno estudado, buscando também explicações alternativas.

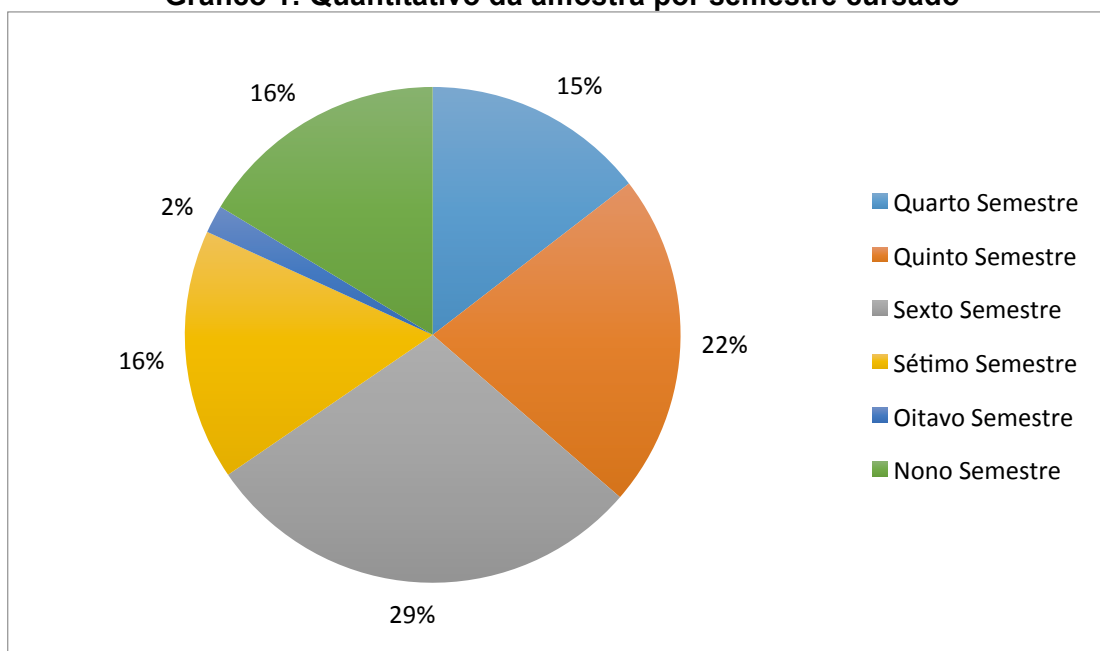
8 RESULTADOS

Neste estudo foi possível obter 52 questionários, respondidos pela amostra delimitada no estudo, e foram analisados conforme os parâmetros metodológicos já descritos.

Através das informações dispostas na área de identificação, foi possível identificar algumas características da amostra. Quanto a opção religiosa: 30 alunos se declararam Católicos; 2 Espíritas/Espiritualista; 8 Evangélicos; 2 Agnósticos/Ateu; 7 Protestantes e outros 2 não declararam a informação.

Quanto ao semestre cursado, os alunos da amostra declararam: 16 estarem no sexto semestre; 12 no quinto semestre; 9 no sétimo semestre; 9 no nono semestre; 8 no quarto semestre, e apenas 1 no oitavo semestre. Essa relação quantitativa dos alunos, por período cursado, pode ser observada no gráfico 2.

Gráfico 1: Quantitativo da amostra por semestre cursado



Quanto às áreas de afinidade mencionada, foram agrupadas de acordo com as especialidades da Resolução 366/2009 do COFFITO, como pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1: Área de afinidade da amostra

Área de Afinidade	Quantas vezes mencionada
Contexto Hospitalar	15
Saúde Funcional	14
Saúde Mental	13
Saúde da Família	7
Contextos Sociais	4
Saúde Coletiva	3
Não Declarou	7

Após mapear as informações de cada questionário, foram selecionadas as questões e suas respectivas respostas, com maior impacto direto na hipótese inicialmente levantada.

Na Primeira Questão “Ao lidar com o paciente com doença ameaçadora da vida, você pensa no processo de morte? Como você vê este processo?”. As respostas obtidas, quanto a frequência em que foram mencionadas, são: 47 alunos mencionaram “Sim”, 4 alunos mencionaram “Não Penso/Prefiro Não Pensar” e 1 aluno mencionou “Muito Pouco”. Ao responderem “como vê esse processo”, as qualificações mencionadas na respostas foram agrupadas em dez temáticas, descritas na Tabela 2.

Tabela 2: Frequência de como os alunos classificam o processo de morte.

Como vê esse processo	Quantas vezes mencionada
Momento difícil; processo doloroso; muito difícil e delicado; de desespero; de dor; de dúvidas; de sofrimento	17
Momento relacionado a perdas significativas	5
Momento onde o profissional necessita de um bom planejamento, exige melhor profissionalismo, suporte ao profissional	6
Alunos possuem uma barreira/dificuldade em atender e lidar com esse paciente	4
Prefere não lidar; Indiferente; Não lido bem;	4

Evito	
Processo natural; acontece com todos; ciclo da vida	14
Um processo ainda que natural, muito doloroso	10
Momento de perder esperança; descrença	2
Momento de despedida; Desprender-se de arrependimento	1
Não Mencionou	1

Quanto à Questão 2 “Já Perdeu um paciente? Se sim, como se sentiu?” Apenas 9 alunos já tiveram a experiência de lidar com a perda, propriamente dita, de um paciente e 44 alunos mencionaram que não. Os nove alunos que responderam “Sim”, responderam como se sentiram e outros dois alunos responderam hipoteticamente, caso perdessem um paciente como eles acham que reagiriam. Dessa forma, as respostas obtidas foram principalmente relacionadas sentimentos de incômodo, tristeza e chateação mas disseram logo terem se acostumado. Outra resposta bastante frequente estava relacionada em terem sentido um grande impacto, ficaram surpresos e reagiram com uma mistura de sentimentos. Um aluno relatou ter se sentido “péssimo”. E em minoria, das respostas obtidas, um aluno mencionou ter se sentido normal e compreende o processo de forma natural.

Na terceira pergunta, questiona-se “Você se sente preparado para abordagem terapêutica junto ao paciente e sua família em processo de morte? Porque?” As respostas obtidas foram: Sim; Não e Parcialmente. 29 alunos responderam “Não”, 15 responderam “Sim” e 8 responderam que se sentem “Parcialmente” preparados. Dentre os alunos que responderam “Sim”, foi mencionado na justificativa considerarem-se estar preparados pela naturalidade que enxergam o processo de morte e por considerarem saber lidar com o processo de morte e muitos ainda completaram dizendo que o conhecimento teórico e prático que possuem ao longo da graduação faz com que se sintam capazes. Dos alunos que responderam “Não” foi observado com maior frequência em suas respostas que precisam de mais conteúdo prático; por considerarem a morte uma questão delicada e não saberem lidar com ela; devido não ter tido contato com essa área e precisar aprender a lidar com os sentimentos. Os que se sentem “parcialmente” preparados, disseram

precisar de mais conteúdo teórico e prático; aprender a lidar com os sentimentos, pois consideram o processo como “difícil de lidar”.

A pergunta quatro relaciona o preparo do aluno através do curso de graduação de Terapia Ocupacional: “Você acha que o curso de T.O o prepara para lidar com o processo de morte? Porque?” As respostas obtidas variaram entre: Sim – com total de 22 participantes, Não – com total de 19 e Parcialmente – com total de 11. Os que responderam “Não”, mencionaram na justificativa não acreditarem haver o preparo, pois, consideram que o curso não trabalha com a temática da morte, ou então, que a experiência é vivenciada em poucas práticas e deveria existir maior experiência prática e maior embasamento teórico, visto que o que ensinam não é suficiente para que os alunos se sintam preparados. Dessa forma, completaram dizendo que só prepara os alunos que escolhem esse campo de atuação no estágio ou matérias optativas que dão mais espaço para aprofundar essa experiência, mas fora isso há pouquíssimas oportunidades durante o curso para lidar com essa situação. Dentre os que responderam “Sim”, mencionaram na justificativa acreditarem haver o preparo, pois possuem aulas práticas e teóricas que permitem lidar com diferentes casos e terem diferentes experiências durante o curso, possuem matérias específicas e optativas que abordam essa questão e acreditam que o curso desconstrói o tabu sobre a morte. Os que responderam “Parcialmente” apontaram que o curso fornece muito mais conhecimento teórico do que prático e leva sempre os alunos a refletirem sobre assuntos referentes à morte e o cuidado com o paciente e deveria fornecer mais horas de atividade prática. Ao analisar separadamente as vezes que os alunos mencionaram tais temas nos questionários, 19 apresentaram a ideia de que o curso prepara através das aulas teóricas e práticas e através da experiência e contato com diversos casos. Em contrapartida, em outros questionários, 19 apresentaram a mesma ideia, porém defendendo que as aulas teóricas e práticas e a experiência e contato que tem não são suficientes, devendo haver maior embasamento teórico e maior experiência prática.

Ao analisar o questionário e as respectivas respostas, vale destacar os resultados encontrados na questão 7: “Pensando no antes e depois da experiência do processo de morte e morrer, você sentiu diferença no seu modo de reagir, enfrentar e pensar nesse processo? Como? Porque?”

Das 52 respostas obtidas, foram levadas em consideração apenas as que

referiram na segunda resposta já terem perdido um paciente, ou seja, apenas 9. Das respostas consideradas, 2 alunos que já perderam um paciente relataram não sentir diferença no antes e depois, pois continuam tendo dificuldade em lidar com esse processo, preferindo não realizar este tipo de abordagem. Dos outros 6 que responderam sim, disseram ter mudado a forma de reagir, pois agora encaram o processo de forma natural, que passaram a se “acostumar” (SIC) com esse processo e que com a experiência aprendem a dominar melhor os sentimentos tanto no âmbito profissional no ambiente de trabalho, quanto no âmbito pessoal, pois passam a encarar como um “processo da vida”. Nesta pergunta, houve um aluno que expos um relato da experiência vivida: “(Questionário 41): O paciente que chegou a falecer, eu e minha dupla atendemos somente uma vez. Ele se encontrava muito debilitado no box. Quando soube da sua morte na semana seguinte fiquei triste, pois é uma vida que se foi. Mas ele encontrava-se em muito sofrimento e totalmente dependente. Logo minha reação foi de continuar a proporcionar um bem estar para o paciente em vida.”

9 DISCUSSÃO

De acordo com a análise minuciosa do questionário e dos dados obtidos, observou-se que os alunos de Terapia Ocupacional não estão preparados para lidar com o processo de morte e morrer. Diante da abordagem terapêutica no processo de morte e morrer os alunos, em sua maioria, não se sentem preparados para esta prática e encaram esse processo como momento difícil e veem o processo como doloroso e delicado. Grande parte que veem o processo como um ciclo natural não desconsidera o processo como “muito doloroso”. Aos que vivenciaram a morte propriamente dita de um paciente estão muito presentes vários sentimentos angustiantes relacionados a experiência vivida.

De acordo com os objetivos traçados neste trabalho, o instrumento de pesquisa criado foi satisfatório, pois possibilitou um leque de informação muito rico acerca da experiência vivida pelos alunos. O fato do questionário ser aberto, viabilizou respostas subjetivas que proporcionou conhecer a real situação do aluno diante de experiências no processo de morte e morrer, durante o curso de graduação.

De acordo com o Instituto Datafolha (2007), no Brasil, grande parte da população apresenta crenças religiosas/espirituais e considera importante essa questão. Pode-se perceber com as ideias de Saporetti (2009) que o tema da espiritualidade tem recebido cada vez mais atenção pela medicina, principalmente na área de cuidados paliativos. Assim como foi visto neste trabalho através das contribuições de Elizabeth Kluber-Ross (2008) que a religião é um forte fator que influencia o olhar sobre a morte e é um tema bastante presente quando o assunto é a finitude da vida. Não foi observado o uso de nenhum preceito religioso para justificar o entendimento acerca da morte, abordado em todo questionário. Os principais temas que apareceram ao longo do questionário foram sobre as questões pessoais (experiências pessoais, sentimentos e emoções) e profissionais (conceitos e aprendizados teórico e prático ao longo da graduação).

Sobre “Você pensa no processo de morte?” presente na primeira questão, a maioria dos alunos respondeu “sim” pensam no processo de morte e poucos responderam “Não penso/ prefiro não pensar”. Mas como pode ser visto sobre “como os alunos veem esse processo”, grande parte ainda enxerga a morte como

um momento difícil e doloroso. Em seguida, muitos mencionam também enxergar como um processo natural pertencente ao ciclo da vida, e ainda muitos concordam que apesar de ser natural, não deixa de ser um processo difícil e doloroso. O que pode explicar esse alto número de respostas “sim” – você pensa no processo de morte? - é o fato de que os alunos são bastante incentivados no curso de Terapia Ocupacional a refletirem sobre a morte e a encararem a morte de seus pacientes, como prevê os Cuidados Paliativos com a Boa Morte, ainda que não tenham passado pela vivência desse processo. Assim, como aponta Kubler- Ross (2008), o preparo gradual e o incentivo para lidar com a morte e o processo de morrer, encarado como um acontecimento que faz parte da vida pode ajudá-las a crescer e amadurecer.

Essa busca de reflexão é observada na fala de Kovacs (2009) ao discutir a questão da educação para morte, principalmente no contexto de profissionais, nesse caso futuros profissionais de saúde. A autora destaca a importância da sensibilização dos alunos e reflexão sobre vários aspectos relacionados a morte, apresentação de diferentes abordagens teóricas e reflexões e reavaliação da prática vivida.

Embora poucos alunos, apenas 9, tenham relatado ter perdido um paciente, e ainda sim 47 considerarem pensar no processo de morte, pode-se confirmar a ideia anterior de que mesmo poucos passando por essa experiência propriamente dita, momentos antes já consideram a refletir sobre a possibilidade da morte, o que já pode se configurar como o processo de morrer, com base no quadro do paciente, e o desenvolvimento desse raciocínio clínico pode estar relacionado com o tipo de instrução que recebem durante a graduação, sendo levados a refletirem sobre o processo de morte com mais naturalidade, mesmo que ainda possam encontrar dificuldades durante a atuação e em relação aos sentimentos pessoais para atuarem com esse entendimento.

Santos (2009) afirma que a temática da morte já passou a ser discutida com maior profundidade no ambiente universitário, derrubando um dos tabus sobre a morte que constituía a discussão desse tema no ambiente universitário. Kovacs (2009) corrobora com essa ideia e defende que há diversas modalidades que se podem propor para formação de alunos e profissionais de saúde, trazendo grande riqueza. Essas questões podem também ser percebidas na terceira pergunta que

aborda mais especificamente a questão do preparo dos alunos na abordagem com os pacientes

Dos que disseram se sentir “parcialmente” preparados para abordagem com o paciente, foi relatado principalmente a questão de aprender a lidar com os sentimentos gerados durante essa abordagem, além de considerarem precisar de mais embasamento teórico e prático. Este também é mencionado pelos alunos que não se sentem preparados para abordagem terapêutica com os pacientes. Como só 9 alunos disseram já ter perdido um paciente, pode ser um reflexo da falta de experiência vivida nesse momento, já que pouquíssimos da amostra puderam já vivenciar esse contexto.

A questão quatro relaciona esse preparo dos alunos através do curso de Terapia Ocupacional. A resposta mais frequente foi “sim” (22), o curso de Terapia Ocupacional prepara os alunos, porém os que disseram que não prepara totalizaram em 19, sendo uma diferença pequena. Tal fato pode ser explicado por diversos fatores, com discussões e entendimentos aprofundados, mas aqui será ressaltado pela diferença de aprendizado durante as aulas, o que também corrobora com a ideia de Combinato e Queiroz (2006) de que o ser humano é um ser simbólico. Então a morte e a vivência gerada tem em cada aluno um significado diferente, para alguns pode ter sido o suficiente para já se sentirem seguros, enquanto outros precisam de mais experiências e de mais significados para essa abordagem e atuação. Com base nesse entendimento, pode-se compreender a variedade de respostas para a pergunta quatro, quando justificam o preparo que o curso de Terapia Ocupacional fornece.

Outro fator, ainda explorado aqui, é que a amostra é composta por alunos de diferentes semestres e, assim, como não se pode generalizar que a aprendizagem é igual para todos e também possui um significado igual para todos, não se pode garantir que o conteúdo dado foi o mesmo, e que a abordagem de ensino tenha sido a mesma em todos os semestres e turmas, visto que contaram com diferentes professores e que dependem também do serviço para atuarem.

Na questão 7 se tem um panorama do antes e depois da experiência do processo de morte e morrer, dos que passaram por esta experiência, nota-se grande aprendizado após a atuação. Entende-se que durante a vivência desse processo, tais alunos receberam o devido suporte para enfrentarem essa situação, passando a

entender o processo de forma mais natural e entendendo também os processos mais subjetivos desencadeados por essa vivência, como por exemplo, os sentimentos que afloram a partir desse contato. Cabe aqui destacar alguns relatos dos alunos: “Questionário 47: Sim, percebi a importância que se deve dar no fechamento da vida, saber olhar e perceber as necessidades que o paciente tem em realizar antes de morrer”.

Questionário 27: “Quando enfrentei o processo de morte na minha família, via a morte como um ‘bicho de sete cabeças’, mas agora vejo como um processo natural que marca a finitude de todos nós, cada um na sua hora”.

Vale salientar que os alunos que não tiveram uma mudança na percepção e na forma de reagir diante a morte do paciente, se enquadram em áreas de afinidade de atuação da Terapia Ocupacional distante do contexto hospitalar, possivelmente possuindo um outro olhar de intervenção terapêutica.

Os alunos que passaram pela experiência do processo de morte de seu paciente consideram que o curso de Terapia Ocupacional prepara o estudante para lidar com o processo de morte e morrer, mas consideram também que é necessário mais embasamento teórico e prático para se sentirem mais seguros na atuação e que o estágio obrigatório nessa área se torna fundamental, pois amplia o contato dos alunos com esses pacientes.

Nas respostas e nos relatos foi percebido uma grande sensibilidade por parte dos alunos na forma como lidam com o paciente no contexto de morte e morrer, apresentando serem bastante humanizados, assim como é necessário para o trabalho do Terapeuta Ocupacional no ambiente hospitalar e, principalmente, nos cuidados no final da vida. Será que isso também não seja um aprendizado do curso? Será que esse ponto não é o mais importante para quem quer se dedicar a trabalhar nessa área? A resposta só pode ser sim! Ter o embasamento teórico também é muito importante para não por em risco a vida do paciente e saber atuar nesse contexto. Mas nada adianta ter todo esse conhecimento, se na prática, principalmente na abordagem da finitude da vida, não houver essa sensibilização, esse olhar das necessidades e dúvidas do paciente. Muitos alunos colocam que “se acostumaram” ou então “se conformaram” com essa situação, às vezes até de forma um pouco negativa, o que na verdade não é. O fato de se tornar talvez “indiferente” não quer dizer que não tenha significado para aquele aluno, pelo contrário, tem tanto

significado que passou a ser natural e não algo mais desconhecido e temido. A naturalidade desenvolve outros sentimentos nas pessoas que possuem o contato com essa área, e quando se desfaz do tabu, que é construído em cima desse tema, pode haver um equívoco com a interpretação dos sentimentos associados, gerados por esse contato com a área do processo de morte e morrer.

Se torna importante compreender a demanda dos alunos, visto que estes contribuem para a construção e consolidação do curso de Terapia Ocupacional na Universidade de Brasília e eles são também os futuros profissionais que estarão atuando no mercado de trabalho.

Com base nos apontamentos dos alunos, se faz necessário se sensibilizar para as demandas colocadas por eles, sendo necessário discutir estratégias para possibilitar a inclusão ou a reformulação das intervenções práticas e dos conteúdos programados mais consolidado, de forma que supra essa necessidade do embasamento teórico solicitada, para que não sobrecarregue a disciplina de Estágio Supervisionado Curricular, visto que os alunos já tenham que chegar nessa etapa com esses conhecimentos e não da forma despreparada que apontam.

Cabe reforçar a importância de um docente que trabalhe com a área de contexto hospitalar para instruir estes alunos, visto que sensibilização e o amparo a eles seja fundamental para compreender a dimensão do trabalho desempenhado na área hospitalar e nos cuidados paliativos, acompanhando o processo de morte e morrer dos pacientes.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o contato com o breve panorama sobre o processo de morte e morrer e após aproximação com a realidade dos alunos de graduação do curso de Terapia Ocupacional, acredita-se ter cumprido satisfatoriamente o objetivos desta pesquisa, pois ao verificar o preparo dos alunos ao vivenciar em suas praticas o processo de morte e morrer dos pacientes sob seus cuidados, pode-se conhecer melhor o universo acadêmico em que estão inseridos e entender com maior propriedade as demandas enquanto estudantes inseridos em ambientes propícios ao processo de morte e morrer e possibilita uma nova reflexão acerca das futuras escolhas profissionais e tomadas de decisão frente ao processo de morte e morrer.

Quanto as possibilidade futuras que se abrem para pesquisa sobre o preparo e as vivencias dos alunos de Terapia Ocupacional diante do processo de morte e morrer de seus pacientes, alguns caminhos se oferecem: estender o estudo a mais alunos, observando o nível de preparo e conhecimento ao entrar e ao completar o curso, pode-se permitir melhor compreensão acerca da formação e do preparo oferecido pelo curso. A utilização de um questionário contendo questões abertas e fechadas pode possibilitar um direcionamento de forma mais objetiva, dependendo dos objetivos específicos das futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- BASSANEZI, B, CARVALHO, M. A equipe multiprofissional no tratamento da dor e em cuidados paliativos. In.: De Carlo, M. M. R. P., e Queiroz, M. E. G. **Dor e cuidados paliativos- terapia ocupacional e interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, p. 63-92, 2007.
- BESSE, M. Terapia Ocupacional e Cuidados Paliativos. In: SANTOS, F. S. (org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 103-123, 2009.
- COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 11, n. 2, Aug. 2006
- DE CARLO, M.M.R.P et al. Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares. **Prática Hospitalar**, São Paulo, Ano VIII, n, 4, p. 158-164, Jan/Fev, 2006.
- DE CARLO, M.M.R.P.; LUZO, M.C.M. **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca; 2004.
- GUIMARÃES, R. M., Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: SALTZ, E. e JUVER, J. (org.). **Cuidados Paliativos em Oncologia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac, p.13 - 23, 2012.
- GUIMARÃES, Iraci; CARNEIRO, Maria Helena Silva. Envelhecimento e finitude – qual a representação da morte? **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 7-18, 2012.
- INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin Santana (Orgs.) **A Arte de Morrer - Visões Plurais**. Bragança Paulista: Editora Comenius, p.13-25, 2007.
- INSTITUTO DE PESQUISA DATAFOLHA. Opinião pública – crença religiosa, 2007 Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2007/05/1223861-97-dizem-acreditar-totalmente-na-existencia-de-deus-75-acreditam-no-diabo.shtml>>. Acesso em 5 nov. 2014.
- KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 26ª . ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- KOVACS, M. J. Educação para a morte. In: SANTOS, F. S. (org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 45-58, 2009.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1926). **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. [P. Menezes, Trad.]. 9ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- MACIEL, M., G., S. Definições e Princípios. In.:Cuidado **Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira**. São Paulo: Conselho Regional de

Medicina do Estado de São Paulo, p. 15-32, 2008.

MARANHAO, J. L. S. O que é morte. São Paulo: Brasiliense, 1996.

MATSUMOTO, D., Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In.: **Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. - Rio de Janeiro : Diagraphic, p. 14-19, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. O. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.6, p. 1077-1080. ISSN 0034-7167.

ORIAS, M.O.B; MORAES, L.M.P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev eletrônica enferm.** 2004;6(2):292-7.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986

SANTOS, F. S. Tanatologia – a ciência da educação para a vida. In: SANTOS, F. S. (org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 1-30, 2009.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: SANTOS, F. S. (org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 269-282, 2009.

TORRANCE, M. Terapia Ocupacional em pacientes agudos. In: HOPKINS, H.L.; SMITH, H.D. Willard/Spackman **Terapia Ocupacional**. 8ª ed. Madrid: Panamericana, 1998. Cap 23, p.771-83

ZORZO, J. C. C. **O processo de morte e morrer da criança e do adolescente vivências dos profissionais de enfermagem**. 2004. 126p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

APÊNDICE A – Questionário**QUESTIONÁRIO**

Número: ____

Identificação

Iniciais:

Qual disciplina está cursando?

Período:

Religião:

Semestre:

Área de afinidade:

Idade:

Questões

- 1) Ao lidar com o paciente com doença ameaçadora da vida, você pensa no processo de morte? Como você vê este processo?
- 2) Já perdeu um paciente? Se sim, como se sentiu?
- 3) Você se sente preparado para abordagem terapêutica junto ao paciente e sua família em processo de morte ? Porque?
- 4) Você acha que o curso de T.O o prepara para lidar com o processo de morte? Porque?
- 5) Você já teve experiências fora do espaço acadêmico que enfrentou o processo de morte? Quem? Como reagiu?
- 6) Você consegue pensar/imaginar no processo de morte sendo de você mesmo? Porque? Quais as dificuldades? Você tem medo?
- 7) Pensando no antes e depois da experiência do processo de morte e morrer, você sentiu diferença com seu modo de reagir, enfrentar e pensar nesse processo? Como? Porque?